KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s.
Vienna Insurance Group
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO:31 595 545, DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746
Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH,
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I,
oddiel: Sa, vložka č. 3345/B

7009

POISTNÍK

Meno, priezvisko, titul / Obchodné meno	
Štatutárny orgán	Rodné číslo / IČO
Adresa trvalého bydliska / Sídlo – ulica, č. domu	
PSČ	Miesto – dodacia pošta
Mobilný telefón/telefonický kontakt	Číslo OP / Pasu
E-mail	

ŽIADOSŤ O ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE ŽIVOTNÉHO POISTENIA

číslo poistnej zmluvy		číslo návrhu	

☐ **Zmena trvalej adresy/ sídla firmy na:**

Ulica, č. domu:	PSČ:
Miesto – dodacia pošta:	Štát:

☐ **Zmena korešpondenčnej adresy na:**

Ulica, č. domu:	PSČ:
Miesto – dodacia pošta:	Štát:

☐ **Zmena adresy sa týka:** ☐ Poistníka ☐ Poistenej osoby ☐ Oprávnenej osoby

Rodné číslo / IČO – oprávnená osoba	Rodné číslo / IČO – poistená osoba 1	Rodné číslo / IČO – poistená osoba 2

☐ **Zmena priezviska sa týka:** ☐ Poistníka ☐ Poistenej osoby ☐ Oprávnenej osoby

Rodné číslo / IČO – oprávnená osoba	Rodné číslo / IČO – poistená osoba 1	Rodné číslo / IČO – poistená osoba 2

Nové priezvisko:

Dôvod zmeny:

☐ **Zmena druhu platenia na:**

☐ KZ – bezhotovostne s avízom ☐ KN – bezhotovostne bez avíza ☐ PZ – poštový poukaz
☐ IS – inkaso z účtu SLSP. Musí byť priložený mandát na SEPA inkaso.

☐ úhrada z OPÚ ☐ Súhlas majiteľa OPÚ podpis

☐ **Zmena spôsobu (periodicity) platenia na:** ☐ Ročne ☐ Polročne ☐ Štvrťročne ☐ Mesačne

☐ **Zmena investičnej stratégie:**
Uveďte nové podielové fondy a želané percento pre alokáciu, resp. názov investičnej stratégie.

☐ Želám si zachovať doposiaľ nakúpené podielové jednotky (t.j. zmena fondov sa bude vzťahovať len na nákup podielových jednotiek po dátume realizácie zmeny).

☐ **Zmena pripoistenia** (Je potrebné priložiť vyplnený zdravotný dotazník a uviesť súčasné povolanie a vykonávanú športovú činnosť):

☐ Odpoistiť riziko (uviesť názov rizika)

☐ Dopoistiť riziko (uviesť názov rizika)

☐ Zmena rizikovej skupiny

☐ Povolanie (uviesť presný popis zamestnania)

☐ Šport (uviesť druh registrovaného športu)

☐ **Zmena poistného** Výška z EUR na EUR

☐ **Iné zmeny:**

Overenie daňovej rezidencie poistníka

Čestne vyhlasujem, že na daňové účely som daňovým rezidentom

☐ Slovenskej republiky
☐ Iného štátu* DIČ (TIN)**

Ak ste daňovým rezidentom iného štátu a požadujete zdaniť výnos z výplaty odkupnej hodnoty v danom štáte, je potrebné priložiť fotokópiu **potvrdenia o daňovej rezidencii.** V prípade, ak nám požadované nebude doložené, odkupná hodnota bude zdanená podľa platného zákona Slovenskej republiky o dani z príjmov č. 595/2003 Z.z.

Prevzaté doklady: ☐ Kópia OP/CP ☐ Ďalšie prílohy (zdravotný dotazník)
☐ Mandát na SEPA inkaso ☐ Iné:

V dňa

..... podpis poistenej osoby*** ..... podpis poistníka

* Uviesť názov štátu
** Ak bolo pridelené prosíme pripojiť fotokópiu potvrdenia o daňovej rezidencii (napr. v SR: Osvedčenie o registrácii a pridelení daňového identifikačného čísla)
*** Uviesť iba v prípade zmien týkajúcich sa poistenej osoby

Totožnosť uvedených osôb overil (podľa OP)	Meno, priezvisko, pracovná pozícia a osobné číslo pracovníka poisťovne:	Pečiatka a podpis pracovníka poisťovne:

Všetky osoby zúčastnené na realizovaní vyššie uvedených zmien v poistnej zmluve vyhlasujú, že uvedené údaje sú pravdivé, presné a záväzné pre poisteného i poistníka. Po prijatí a vykonaní zmien poisťovňou bude poistník písomne informovaný o akceptovaní zmien v poistnej zmluve. Osoby uvedené na tomto formulári svojim podpisom vyjadrujú súhlas s prípadnou zmenou poistnej sumy alebo poistného.

SÚHLAS S ELEKTRONICKOU KOMUNIKÁCIOU

E-mail
Mobilný telefón

Poistník týmto žiada poisťovňu a súhlasí s tým, aby mu poisťovňa doručovala korešpondenciu elektronickou formou (formou e-mailu alebo SMS), a to za podmienok uvedených v tomto súhlase.

Informácie pre poistníka

Zasielanie korešpondencie elektronickou formou nie je povinné a nie je spoplatnené. Poisťovňa v súčasnosti realizuje prechod na digitálnu formu korešpondencie. V prechodnom období môže byť korešpondencia alebo jej časť aj napriek tomuto súhlasu s elektronickou komunikáciou posielaná naďalej poštou. Poisťovňa si vyhradzuje právo určiť čas, od ktorého bude korešpondenciu určenú poistníkovi zasielať elektronickou formou. Korešpondencia zasielaná elektronicky, ktorá obsahuje osobné údaje samostatne umožňujúce identifikáciu dotknutej osoby bude, posielaná zabezpečenou formou.

Podmienky pre doručovanie písomností elektronickou formou

Poisťovňa bude poistníkovi zasielať prostredníctvom e-mailu alebo SMS (elektronicky) korešpondenciu týkajúcu sa poistných zmlúv, ktoré má uzatvorené s poisťovňou alebo poistných udalostí týkajúcich sa jeho osoby (v postavení poisteného, škodcu, poškodeného a pod.), s výnimkou takej korešpondencie, na ktorej prevzatie je potrebný potvrdzujúci podpis poistníka o jej prevzatí (službou elektronickej korešpondencie budú napríklad doručované: poistka, predpis na úhradu poistného, oznámenie o likvidácii škodovej udalosti a pod.). Poistník svojím podpisom súhlasí, že od momentu aktivácie služby elektronickej komunikácie mu korešpondencia môže byť zasielaná elektronicky s účinkami riadneho doručenia a súhlasí s právom poisťovne určiť, ktorú korešpondenciu mu bude zasielať elektronickou formou. Korešpondencia, ktorú poisťovňa zašle elektronickou formou, sa považuje za doručenú okamihom jej odoslania poisťovňou na vyššie uvedenú e-mailovú adresu alebo telefónne číslo a to aj v prípade, ak sa o nej poistník nedozvie. **Poistník sa zaväzuje bezodkladne oznámiť poisťovni každú zmenu e-mailovej adresy a telefónneho čísla.** Poisťovňa nezodpovedá za poistníkom nesprávne zadané jednotlivé údaje na tejto žiadosti.

Poistník berie na vedomie, že súhlas s elektronickou formou komunikácie medzi ním a poisťovňou nie je povinný udeliť a v prípade jeho udelenia ho môže kedykoľvek odvolať. Súhlas môže poistník odvolať:

- osobne na ktoromkoľvek obchodnom mieste poisťovne,
- písomne zaslaním na adresu poisťovne: KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group, so sídlom: Štefánikova 17, 811 05 Bratislava,
- elektronicky prostredníctvom klientskeho portálu e-KOMfort na www.kpas.sk.

V …….. dňa: …….. ……. .

podpis poistníka